

DES DIARRHÉES NÉVROPATHIQUES

D'ORIGINE RÉFLEXE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 29 janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul EYBERT,

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

EX-PRÉPARATEUR DU COURS D'ANATOMIE DE LA FACULTÉ

Né à Gap (Hautes-Alpes), le 19 décembre 1868.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Janvier 1892

DES DIARRHÉES NÉVROPATHIQUES

D'ORIGINE RÉFLEXE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 29 janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul EYBERT,

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

EX-PRÉPARATEUR DU COURS D'ANATOMIE DE LA FACULTÉ

Né à Gap (Hautes-Alpes), le 19 décembre 1868.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Janvier 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		X.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER (J.).
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale		PONCET.
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements POULLET, agrégé
Botanique. BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BARD.	JABOULAY.	POLLOSON.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	LANNOIS.	POULLET.	VIALLETON.
CHANDELUX.	LINOSSIER.	RODET.	WEILL.
DIDELOT.			

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. J. TEISSIER, Président; M. CHANDELUX, Assesseur; MM. ROQUE et LANNOIS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE, A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE, LE DOCTEUR PERRACHON

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CHERS AMIS :

LOUIS BENAERTS,
Élève de l'École normale supérieure.

MAURICE BERNARD,
Élève de l'École polytechnique.

LOUIS VERNES,
Élève de l'École supérieure des mines.

LES DOCTEURS F. VISBECQ, A. LE MITOUARD,
Élèves de l'École du service de santé militaire.

A MON MAÎTRE :

LE DOCTEUR TESTUT

Professeur d'anatomie à la Faculté.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

LE DOCTEUR TEISSIER

Professeur de pathologie interne,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

A M. LE DOCTEUR MANQUAT

Médecin-major répétiteur à l'École du service de santé militaire.

A MES MAÎTRES ET A MES CHEFS

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

J'inscris avec reconnaissance, en tête de ce modeste travail, les noms de deux maîtres sympathiques, ceux de MM. les professeurs Testut et Teissier.

Au laboratoire d'anatomie de la Faculté, j'ai toujours trouvé l'accueil le plus affectueux, le plus empressé, même au milieu des plus nombreuses occupations; les marques du plus vif intérêt ne m'ont jamais fait défaut.

Des matinées de l'Hôtel-Dieu, je garderai le souvenir d'une bienveillance rare, s'efforçant sans trêve de nous initier aux difficultés de la clinique, et de l'obligeance inépuisable qui réunit autour d'un maître tant de disciples dévoués.

Honoré de tant de sollicitude, fier d'avoir passé par de telles mains, je ne puis ici, en remerciant mes chers maîtres de leurs bontés, de leurs conseils si généreusement distribués, que regretter profondément les circonstances qui ne me permettent pas de leur consacrer un travail plus digne de leur nom et de leurs enseignements.

Je dois l'idée première de ce travail à M. le médecin-major Manquat, répétiteur à l'École du service de santé militaire. Ses conseils éclairés, la bienveillance dont il a fait preuve à mon égard, me font un devoir de lui adresser ici mes sincères remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552616_0063

INTRODUCTION

La diarrhée nerveuse est un symptôme bien connu, même du vulgaire, en tant que symptôme aigu. Tout le monde sait en effet, au moins par ouï-dire, l'influence désagréable que peut avoir sur la sécrétion intestinale le sentiment trop vif du danger, ou quelquefois une simple émotion. On a même depuis longtemps rapporté à un « ébranlement » momentané du système nerveux cette affluence fâcheuse de liquide, malgré le mot sceptique (ou ignorant) de Voltaire : « Pouvez-vous me dire quel rapport il existe entre un boulet de canon et le dévoiement ? »

Ce n'est donc pas sur cette affection, commune à quelques troupiers qui voient le feu pour la première fois, sur ces « sueurs intestinales », comme les appelle M. Peter, que je désire appeler l'attention. Il existe en effet une diarrhée nerveuse chronique, ou

du moins chronique par accès, fait beaucoup plus intéressant, en ce sens qu'il fait partie intégrante des symptômes d'un groupe de maladies bien déterminées, telles que le tabes, l'hystérie, la neurasthénie, le goître exophtalmique, et qu'il revêt dans chacune de ces maladies des caractères à peu près identiques, dont l'intensité tend presque, aux yeux des malades, à le faire passer dans certains cas à l'état d'entité morbide; car, au début de ces maladies ou dans leurs formes frustes, la diarrhée peut, par suite de sa ténacité et de sa durée propres, par suite de l'effacement des symptômes ordinaires, constituer le seul symptôme saillant d'un état maladif dont puisse se plaindre le sujet.

Or, si la diarrhée tabétique a été souvent décrite, si l'entérorrhée à forme chronique, intermittente ou continue, a été signalée dans la maladie de Basedow, l'hystérie, la neurasthénie, voire même l'aliénation mentale, il est certain qu'on n'a pas eu souvent l'idée de rapprocher ces symptômes d'origines en apparence diverses, mais qui dépendent en réalité d'une altération morbide d'un même système.

Dans la littérature médicale, je trouve seulement cette idée partiellement exprimée dans une relation faite par le professeur B. Teissier (1) au Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences (1876), dans des leçons du P^r Charcot (1885), et dans un récent article de M. A. Mathieu (2) publié

(1) B. TEISSIER. *Des névroses viscérales dans les affections cérébro-spinales*, Assoc. franç., Clermont 1876, p. 740.

(2) A. MATHIEU « Dyspepsie nervo-motrice de l'intestin ». *Gaz. des hôp.*, 12 décembre 1891, n° 145.

dans la *Gazette des hôpitaux*. Il peut donc être intéressant de tenter une fois de plus ce rapprochement, surtout au point de vue pathogénique, montrer combien souvent ces maladies « constitutionnelles à leur origine, peuvent avant de se traduire en lésions spéciales, se traduire d'abord par des troubles fonctionnels vagues, *incerta sedis*, viscéraux, comme si l'affection cherchait pendant quelque temps ses voies de décharge avant de les réaliser sur des organes spéciaux en caractères matériels et ineffaçables. »

L'historique de la question est donc court, bien que le sujet ne soit pas neuf. Je me bornerai, en parlant de chaque maladie séparément, à signaler les auteurs qui ont cité la diarrhée comme symptôme plus ou moins fréquent de cette maladie. Après avoir, dans un premier chapitre, essayé d'élucider la question de la pathogénie de la diarrhée nerveuse en général, et indiqué la place des diarrhées névropathiques en particulier dans le cadre nosologique des diarrhées nerveuses, j'exposerai dans les chapitres suivants les observations et les considérations qui se rapportent aux différentes espèces de diarrhée nerveuse chronique.

DES
DIARRHÉES NÉVROPATHIQUES
D'ORIGINE RÉFLEXE

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie de la diarrhée, et de la diarrhée
nerveuse en particulier.

§ I.

La *diarrhée*, considérée par les anciens comme une entité morbide (Galien, Alexandre de Tralles), n'a en réalité qu'une signification purement symptomatique. Sauvages (1), qui inventa le mot, en fit une expression dénuée de tout sens ontologique, éveillant simplement l'idée d'un flux intestinal anormal ou excessif. Or, si l'on considère les causes nombreuses et variées de flux intestinaux, on s'aperçoit en effet que le méca-

(1) SAUVAGES. *Nosologie*, 1763, t. II, p. 365.

nisme de leur production reste souvent identique, car ce qui fait la diarrhée, selon Marcel de Tastes (1), c'est une sécrétion de la muqueuse, anormalement abondante et altérée ordinairement dans sa qualité et sa quantité, selon la loi de toutes les sécrétions morbides. L'acte sécrétoire constitue, dit-il, le caractère générique de la diarrhée ; l'altération de la sécrétion constitue son caractère spécifique.

1° L'épithélium cylindrique protecteur de la muqueuse intestinale (2) est parsemé de cellules à mucus, bien étudiées par Franz Schultze, indiquées déjà par Gruby et Delafond (3) ; c'est par ces cellules que l'intestin sécrète le mucus, liquide filant, épais, qui lubrifie la membrane, et dont la production surabondante devient cause active de diarrhée : c'est le catarrhe de l'intestin, le *rheuma intestinalis* de Galien.

2° L'intestin sécrète, en outre, un liquide digestif, le suc entérique, qui transforme l'amidon en sucre ; il le sécrète à la manière d'une glande véritable, c'est-à-dire sous l'influence du système nerveux. Marcel de Tastes compare le petit intestin, criblé d'orifices glandulaires (glandes de Brunner), à une vaste glande étalée dont le gros intestin est le canal excréteur ; sa sécrétion exagérée sera évidemment aussi une cause de diarrhée.

3° En troisième lieu, l'intestin est un émonctoire,

(1) MARCEL DE TASTES. Th. de Paris, 1876, *De la diarrhée*. V. aussi *Dict. encyclop. des sc. médic.*, art. « Diarrhée ».

(2) KÖLLIKER. *Éléments d'histologie*.

(3) GRUBY et DELAFOND. « Rech. sur l'anat. et les fonct. des villosités intestinales ». *Comptes rendus Acad. sc.*, 1843, t. XVI, p. 1194.

et l'abondance de l'élimination de certaines substances toxiques ou de matériaux de dénutrition peut amener la diarrhée : l'intestin est, en effet, une annexe importante des émonctoires rénal et cutané (expériences de Marchand sur la ligature des uretères, observations de Zabel dans le diabète, de Griesinger dans le choléra) et peut, comme eux, servir de surface de déperdition, soit par trouble dans la crase du sang, soit pour les suppléer.

4° D'autre part, les liquides intestinaux viennent du sang (mucus, suc entérique ou produits d'élimination), et c'est le système nerveux qui d'ordinaire règle l'apport sanguin par l'intermédiaire des vaso-moteurs. Mais si, en dehors de toute action névro-paralytique, la pression sanguine s'accroît, si la résistance de la paroi diminue, si les conditions ordinaires des phénomènes osmotiques qui président aux échanges entre sang et le chyle au niveau des villosités varient et deviennent inverses, l'exsudation s'opérera.

D'après cela, on reconnaîtra facilement : 1° des diarrhées par hypersécrétion de mucus ; 2° des diarrhées par suractivité sécrétoire de l'élément glandulaire ; 3° des diarrhées par trouble de l'élimination ou dyscrasiques ; 4° enfin des diarrhées mécaniques ou exosmotiques.

§ II.

Mais faut-il partager jusqu'au bout cette opinion un peu exclusive de Marcel de Tastes, et déclarer que la sécrétion joue seule un rôle dans la pathogénie de

la diarrhée? Certainement non, car si l'on considère ce qui se passe dans la digestion normale, si l'on se rappelle que le chyle, encore liquide quand il passe de l'iléon dans le cœcum, prend d'ordinaire une consistance ferme par suite de la résorption partielle dans le gros intestin de l'eau qu'il renferme, on reconnaîtra de suite qu'il est nécessaire d'admettre une seconde classe de diarrhées, celles où peut être invoquée le défaut de résorption des liquides du chyle, la suppression des phénomènes d'osmose habituels.

Or, pour que la résorption ait lieu, il faut que le chyle séjourne suffisamment dans l'intestin, et que la circulation en retour ait lieu régulièrement dans la muqueuse. Plusieurs causes peuvent s'y opposer : le péristaltisme exagéré, la stase veineuse (dans les maladies du cœur par exemple), les phlegmasies de la muqueuse et l'altération amyloïde des vaisseaux (Cohnheim). Ces trois dernières causes sont rarement isolées, souvent associées à l'exagération des mouvements péristaltiques.

§ III.

Sans préjuger par ce qui précède de la part qui revient dans la diarrhée aux troubles de l'excrétion, à ceux de l'absorption, et aux mouvements, part qui varie sans doute suivant l'espèce de diarrhée, selon la maladie, on peut établir une classification rationnelle des diarrhées, et je me crois autorisé à présenter des causes prochaines de la diarrhée le tableau suivant :

I. Afflux de liquides.

- a) Par troubles de la sécrétion (excitation des nerfs glandulaires, ou vaso-dilatation) :
 - 1° Hypersécrétion de mucus ;
 - 2° Hypersécrétion de suc entérique.
- b) Par troubles de l'excrétion, perturbation des fonctions éliminatrices (dyscrasies).
- c) Par transsudation :
 - 1° Augmentation de la pression sanguine (cause mécanique, ou vaso-dilatation) ;
 - 2° Défaut de résistance de la paroi ;
 - 3° Exosmose (purgation par les sels neutres à pouvoir osmotique élevé ?)

II. Défaut de résorption des liquides du chyle :

- a) Par exagération des mouvements péristaltiques.
- b) Par troubles de la circulation de retour :
 - 1° Stase veineuse ;
 - 2° Phlegmasies de la muqueuse ;
 - 3° Altération amyloïde des vaisseaux,

§ IV.

Il est évident que, étant donnée une diarrhée, idiopathique ou symptomatique, on ne pourra presque jamais lui assigner une cause unique. Les causes énoncées ci-dessus sont presque toujours associées.

Dans notre cas particulier, où la diarrhée est con-

sidérée comme symptôme inhérent à la maladie nerveuse, on s'apercevra aisément que le système nerveux ne peut guère avoir d'influence que sur les sécrétions des cellules à mucus et des glandes (1), sur la pression sanguine et sur le péristaltisme.

Telles sont les causes qu'il est nécessaire de passer en revue dans ce chapitre de pathogénie, et qui ont respectivement pour facteurs l'élément excito-sécrétoire, l'élément vaso-moteur et l'élément moteur.

1° La sécrétion cellulaire a lieu sous l'influence de nerfs qui sont en rapport immédiat avec les cellules; ces connexions des filets terminaux avec le protoplasma sont affirmées par Pflüger, Paladino. De plus, ces nerfs sont spéciaux; le professeur Arloing (2) expérimentant sur le chien, a trouvé dans le sympathique cervical des nerfs glandulaires excito-sécrétoires et fréno-sécrétoires, à côté des nerfs trophiques et des nerfs vasculaires; les actions de ces nerfs étant indépendantes l'une de l'autre dans les organes de sécrétion différenciés. Ces éléments sécréteurs étaient déjà expérimentés par Luchsinger.

La vaso-dilatation peut jouer le même rôle que l'excitation de ces filets sécrétoires; mais ce rôle n'est jamais isolé, et est tout à fait accessoire. Il n'est pas isolé, témoin cette expérience de Gianuzzi: si, par une injection de carbonate de soude dans le conduit salivaire, on détruit l'activité des cellules glandulaires, et qu'on augmente la pression sanguine par l'excita-

(1) Ces deux sécrétions n'ont pu être obtenues à l'état isolé.

(2) ARLOING. « Des rapports fonctionnels du cordon du sympathique cervical avec l'épiderme et les glandes ». *Arch. de physiol.*, 1891.

tion de la corde du tympan, la filtration continue à se faire, mais la glande ne sécrétant plus, le liquide transsudé s'accumule dans les lacunes lymphatiques qui servent d'intermédiaire entre la cellule glandulaire et le vaisseau, et la glande s'œdématie. Ce même rôle de la vaso-dilatation est accessoire, comme le prouve l'expérience de Ludwig: la sécrétion salivaire continue sur une tête coupée, en dehors de toute pression sanguine.

Nous dirons donc que dans l'hypersécrétion glandulaire, c'est l'excitation directe ou réflexe du nerf sécrétoire qui joue le principal rôle, celle du nerf vasculaire qui l'accompagne toujours ne faisant qu'apporter des matériaux à élaborer en plus grande quantité, en réglant la filtration.

2° L'augmentation de la pression sanguine peut être une cause de transsudation. L'existence de certaines diarrhées mécaniques le prouve, mais à condition qu'on ne range pas ces diarrhées dues à la compression par un néoplasme par exemple, dans la classe des diarrhées par défaut de résorption, suite d'insuffisance de la circulation en retour. C'est dire que si théoriquement la vaso-dilatation peut produire une transsudation au niveau de l'épithélium de revêtement des villosités (l'expérience de Gianuzzi nous interdit de supposer qu'elle puisse se faire au niveau des glandes), la chose est discutable en l'absence d'expérience concluante.

Il résulte de là que l'élément vaso-dilatateur, ici comme dans l'hypersécrétion, joue un rôle douteux, ou du moins restreint.

3° Quant au péristaltisme, il est facile de comprendre comment des mouvements exagérés de l'intestin peuvent accélérer trop fortement la progression des matières chyleuses et empêcher la résorption des liquides. Peut-être les contractions intestinales agissent-elles en augmentant la pression dans les capillaires, en y retenant le sang, en favorisant la transudation ? Hypothèse peut-être un peu risquée, mais qu'on peut émettre dans le but de passer en revue toutes les causes possibles (1).

Quoi qu'il en soit, le péristaltisme dû à une excitation qui au lieu de rester localisée à la fibre excitée, se propage aux fibres voisines, grâce à la présence de plexus et de ganglions intra-musculaires jouant le rôle de centres réflexes (Onimus et Legros), est soumis à l'influence du pneumogastrique et du grand sympathique. Tous deux agiraient comme nerfs moteurs. Ehrmann (2), sur des chiens curarisés, et par un dispositif spécial, a trouvé que les fibres longitudinales de l'intestin grêle ont pour nerf moteur le grand sympathique ; leur nerf d'arrêt est le pneumogastrique : quand on excite ce dernier, on les paralyse. En ce qui concerne les fibres circulaires, c'est

(1) Hypothèse excusable, en tout cas, S. Ritter von Basch ayant bien admis inversement que la pression sanguine pouvait arrêter les contractions intestinales. Pour lui, le splanchnique n'est pas un nerf d'arrêt proprement dit, n'agit pas sur la fibre musculaire qu'il ferait contracter au début ; il est simplement vaso-moteur, et son excitation augmenterait la pression. « Die Hemmung des Darmbewegungen durch di nervi splanchnici ». *Allgem. Wien. med. Zeitung*, 1873, p. 571.

(2) EH RMANN. « Ueber die Innervation des Dünndarmes ». *Wien. med. Jahrb.*, heft. 1, p. 111, 1885.

précisément l'inverse : elles sont mises en mouvement par l'excitation du pneumogastrique, paralysées par celle du grand sympathique. De cette façon, chaque système de fibres produirait en se contractant la plus grande somme de travail utile, puisque l'influence nerveuse qui provoque son impulsion détermine en même temps l'arrêt du système contractile antagoniste. Le splanchnique ne serait donc pas un nerf d'arrêt comme le croyait Pflüger dès 1857 ; et il serait possible qu'il contînt les fibres motrices qu'y décrit O. Nasse (1).

En résumé, l'excitation du grand sympathique produit l'hypersécrétion, la vaso-dilatation, le péristaltisme ; celle du pneumo-gastrique produit le péristaltisme seulement, et n'a pas d'influence sur la sécrétion (2). Chaque fois que nous aurons à expliquer une diarrhée névropathique, il nous sera donc facile de nous reporter à ces faits.

Mais quelle est dans les diarrhées nerveuses la part de chacune de ces causes ? Nous avons vu qu'il fallait tout d'abord restreindre beaucoup le rôle des troubles vaso-moteurs (exp. de Ludwig, exp. de Giannuzzi) ; sans vouloir l'annuler complètement (3), il

(1) V. BEAUNIS. *Physiologie humaine*, II, 679. — BRAAM-HONCKGEST. « Untersuchungen über Peristaltik des Magens und Darmkanals ». *Pflügers Arch.*, sept. 1872.

(2) V. J. PINCUS. *Experimenta de vi nervi vagi et sympathici ad vasa, secretionem, nutritionem tractus intestinalis*, 1856.

(3) On trouvera souvent plus loin, à propos de diarrhée, de sueurs, etc., l'expression de troubles vaso-moteurs. L'expression est légèrement impropre, trop générale, eu égard aux considérations qui pré-

faudra accorder la plus grande part à l'hypersécrétion (selles avec mucus) et au péristaltisme (selles sereuses, chyleuses) (1).

Les trois causes étant souvent réunies, il est difficile de préciser plus et de séparer les accidents dus à l'élément nervo-moteur de ceux dus à l'élément vaso-moteur ou à l'élément excito-sécrétoire. On sait du reste que la question du rôle réciproque de ces éléments, dans la purgation par exemple, est encore en litige (2).

De même qu'il y a pour l'estomac (3) des troubles de sécrétion liés à des troubles de motilité, il peut y avoir pour l'intestin, en même temps que des troubles nervo-moteurs, atoniques ou spasmodiques, des troubles en rapport avec un vice de fonctionnement de l'appareil vaso-moteur.

Quoi qu'il en soit, ce qui importe ici c'est l'élément névropathique primordial, et il me paraît préférable de s'en tenir plutôt à la vérité clinique, alors que la pathogénie est encore en pleine d'obscurité.

cèdent. Je l'emploie cependant, uniquement pour me conformer à l'usage établi par mes devanciers. Il faudrait dire troubles sécrétoires dans ce cas-ci, et réserver le nom de troubles vaso-moteurs aux œdèmes, au purpura, etc., qu'on observe aussi souvent.

(1) Par ordre d'importance, il faudrait adopter l'ordre suivant : péristaltisme, hypersécrétion, vaso-dilatation.

(2) THIRY. *Wiener Akadem. Sitzungsber.*, 1864. — RADZIEJEWSKI. *Archiv. für anat. und physiol.*, 1870.

(3) A. MATHIEU. « Phénom. nervo-moteurs de la dyspepsie gastrique ». *Gaz. des hôp.*, 1888.

§ V

Voyons donc simplement quelle est la façon dont le système nerveux peut agir sur la production de la diarrhée, et quel est le mécanisme de production des causes.

Il faut signaler de suite l'action directe sur les ganglions du plexus solaire (diarrhée par ingestion d'eau froide), ou sur les filets qui en émanent pour former dans les tuniques intestinales les plexus d'Auerbach et de Meissner. Ainsi, d'une part, Budge a pu constater la diarrhée après avoir extirpé les ganglions du plexus solaire; d'autre part, on a cité des cas de diarrhée où les plexus d'Auerbach et de Meissner étaient altérés (1) de même que A. Moreau et Ha-

(1) Juergens a publié dans la *Berliner Klinische Wochenschrift* (août 1882) une observation de diarrhée survenue après une constipation très prolongée. Destruction du plexus d'Auerbach et atrophie graisseuse de la tunique musculieuse.

Baschko en donne une autre : « Mittheilung ueber eine Erkrankung der sympathischen Geflechte der Darmwand ». *Arch. f. pathol. Anat. und Physiol.*, 1883, Bd XCIV, heft 1, p. 136.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui à la suite d'une couche, avait présenté de la constipation, puis une abondante diarrhée, avec anémie accentuée. A l'autopsie, on trouva une véritable atrophie de l'intestin, depuis le pylore jusqu'à l'anus. Les parois étaient amincies, la muqueuse polie, les villosités rares et affaissées. L'examen microscopique fit voir une dégénérescence graisseuse très accentuée du plexus de Meissner et du plexus d'Auerbach. Cette dégénérescence portait sur les cellules ganglionnaires et sur les fibres nerveuses. Il était impossible de distinguer les fibres à myéline des fibres nues. Il n'y avait au contraire aucune espèce de dégénérescence des éléments musculaires. Pour l'examen microscopique, on a employé le procédé usité par Meissner pour la découverte de son plexus : macération (deux à trois jours) dans l'acide pyroligneux.

nau (1) ont obtenu une sécrétion paralytique de l'intestin en sectionnant les nerfs mésentériques.

Mais ce que l'on aura le plus souvent à invoquer, c'est l'action réflexe, action qui existe aussi bien sur les mouvements que sur les sécrétions. Le point de départ du réflexe peut être périphérique (peau ou muqueuse) ou central; c'est ainsi qu'on aura des diarrhées sudorales, des diarrhées à frigore, des diarrhées à dolore physica d'une part, puis d'autre part des diarrhées émotives (états nerveux physiologiques pour ainsi dire), et des diarrhées névropathiques (états nerveux morbides).

La voie centripète sera dans le premier cas constituée par les nerfs rachidiens pour la peau, par le sympathique et le pneumo-gastrique (2), qui tous deux président quelque peu à la sensibilité de l'intestin, pour la muqueuse; et dans le second cas, par diverses fibres de l'axe cérébro-spinal. La voie centrifuge comprendra dans les deux cas le sympathique (filets sécrétoires, filets vasculaires, filets moteurs) et le pneumo-gastrique (filets moteurs). Quant aux centres

(1) A. MOREAU. « De l'influence de la section des nerfs sur la production des liquides intestinaux ». *Comptes rend. Ac. sc.*, 1868. — Arthur HANAU (In « Experimentelle Untersuchungen über die physiologie der Darmsecretion », *Zeitschr. f. Biol.*, XXII, 1886, p. 194, 235) a repris sur le chien les expériences d'Armand Moreau. Voici les résultats de la section des nerfs mésentériques : 1° la sécrétion commence immédiatement et diminue graduellement après avoir passé par un maximum; 2° elle devient de plus en plus riche en mucus floconneux, à mesure que l'expérience continue; 3° le suc obtenu contient peu de ferments digestifs et n'est pas identique au produit de la transsudation du plasma sanguin; 4° la quantité sécrétée peut égaler la masse totale du sang de l'animal.

(2) BEAUNIS. *Physiol. hum.*, II, p. 630 et 679.

réflexes, il est difficile de préciser leur place : on sait que les centres vaso-moteurs et les centres moteurs sont disséminés sur toute la longueur de la moelle ; mais on ignore si le centre sécrétoire des glandes intestinales siège dans la moelle ou dans le bulbe. Les centres inhibitoires de ces réflexes sécrétoires, vasculaires ou moteurs sont, sauf les derniers (1), aussi mal connus.

Au total donc, nous distinguerons dans les diarrhées nerveuses une action directe et une action réflexe. Nous ne nous occuperons, dans les chapitres qui suivent, que des diarrhées où cette action réflexe a une origine centrale et où, grâce aux altérations morbides des centres nerveux, les centres réflexes ou les centres inhibitoires sont suffisamment impressionnés pour donner lieu à un symptôme dont le caractère de chronicité soit bien net.

(1) Isaac Orr: « Intestinal peristaltism, Contrib. from phys. laborat. at Easton ». *Pensylv. med. News*, 1885.

CHAPITRE II

La diarrhée dans les maladies cérébro-spinales.

§ I.

LA DIARRHÉE TABÉTIQUE.

On pourrait multiplier à l'envi les observations d'entérorrhée tabétique, car les cas sont nombreux, et quelques-uns déjà anciens. Citons d'abord les classiques (cliniques de N. Guéneau de Mussy, Trousseau, traité de Laveran et J. Teissier); dès 1843, on en trouve dans une relation de Graves (1); en 1862, dans une autre de Charcot et Vulpian (2) (femme chez qui la diarrhée précéda de cinq ans les phénomènes caractéristiques du tabes). M. Carre (3), en 1863, fait

(1) GRAVES. « System of clinical medicine, 1843 », cité par M. Buzard. *Clinical lectures on diseases of the nervous system*, London, 1882.

(2) CHARCOT et VULPIAN. *Comptes rendus Soc. biol.*, 1862, p. 155.

(3) MARIUS CARRE. *Nouvelles recherches sur l'ataxie locom. progr.*, Paris, 1863.

remarquer l'existence de certains phénomènes (vomissements, diarrhée, sueurs) peu observés jusqu'alors dans l'évolution du tabes, sans les expliquer. Citons ensuite Arthur Edward (1863), Dubois (1868), N.-C. Bouchard (1875), Jacquinet (1877), Vulpian (1) (1877). Vulpian (2), de nouveau, en 1879, parle de troubles vaso-moteurs dans le tabes; en 1882 (3), il insiste sur la distinction entre la diarrhée et les crises entéralgiques; Dubuc (4) (1882) communique une nouvelle observation; Putnam (5) (1882) consacre de longues pages à la pathogénie des troubles vaso-moteurs dans l'évolution du tabes; Dreyfus-Brisach (6) (1883), Pitres (7) (1885) publient des monographies sur ces mêmes troubles; Portalier, H. Roger (8) 1884 attirent l'attention sur l'importance de la diarrhée tabétique que décrit magistralement le professeur Fournier (9), un an plus tard (1885), en publiant deux observations

(1) ARTHUR EDWARD. *Anat. path. et traitem. de l'ataxie*. Thèse de Paris, 1863. — DUBOIS. Thèse de Paris, 1868. — N.-C. BOUCHARD. Thèse de Paris, 1875. — JACQUINET. Thèse de Paris, 1877. — VULPIAN. *Leçons cliniques de la Charité*, 1877.

(2) VULPIAN. « Maladies du syst. nerv. », *Leçons de la Fac.*, 1879.

(3) *Id.* *Rev. de méd.*, 1882.

(4) DUBUC. « Commun. à la Soc. de méd. de Paris », nov. 1882.

(5) PUTNAM. *Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif*. Thèse de Paris, 1882.

(6) DREYFUS-BRISACH. « Lésions trophiques vaso-motrices dans l'ataxie. » *Gaz. hebdom.*, 1883, p. 622.

(7) A. PITRES. « Troubles vaso-moteurs dans le cours de l'ataxie ». *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1884.

(8) PORTALIER. Thèse de Paris, 1884.

H. ROGER. « Contrib. à l'étude des troubles intestinaux dans l'ataxie. *Revue de médecine*, 1884.

(9) FOURNIER. *Leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique*, Paris, 1885.

typiques où la diarrhée domine nettement toute la scène pathologique du tabes. Une dernière observation enfin de Séglas (1) parut en 1886. Reproduire toutes ces observations serait trop long ; il sera facile de se reporter à ces quelques indications.

Malgré le nombre de ces cas, la diarrhée tabétique a dû passer souvent inaperçue ; le professeur Fournier, ne la trouvant signalée que treize fois dans ses notes, s'étonne d'avoir pu négliger si souvent de la rechercher chez ses malades. C'est qu'en effet cette diarrhée, qu'on peut observer quelquefois dans le décours du tabes (et le diagnostic est alors facile), se rencontre le plus souvent tout à fait au début de la maladie, lorsque celle-ci est mal caractérisée, et présente une ténacité telle, qu'elle devient chez les malades une seconde habitude à laquelle ils finissent par ne prêter aucune attention.

Du reste, cliniquement, la diarrhée tabétique se distingue peu, à un examen insuffisant, des flux intestinaux vulgaires : les selles sont fréquentes, liquides, quelquefois fécaloïdes, jaunâtres ou brunâtres, séreuses, rarement mélangées de sang (hémorragies rectales signalées par Strauss) (2), et se font remarquer par leur fréquence plutôt que par leur abondance. La diarrhée, de plus, est peu douloureuse, plus ennuyeuse que pénible, s'accompagne rarement de coliques, de crampes, de sensations de tortillement.

(1) SÉGLAS. « Tabes viscéral ». *Revue de médecine*, 1886.

(2) STRAUS. *Archives de neurologie*, Paris, n° 4, 1880-81.

Il n'est donc pas étonnant qu'un malade qui finit par prendre son mal en patience après avoir essayé vainement de médications variées, et qui en outre n'est pas encore incommodé par les signes presque latents, mais lentement envahissants de son tabes, finisse par ne pas attirer l'attention de son médecin le jour où il ira le consulter pour son tabes confirmé, et réponde comme le malade de M. Fournier: « Ne vous inquiétez pas de cette diarrhée, Monsieur le docteur, c'est là une vieille affaire à laquelle il n'y a plus de remède, je crois. J'ai essayé en pure perte plus de vingt médicaments pour m'en débarrasser. Maintenant c'est une habitude prise, et je n'y prends plus garde; je ne veux même plus en parler. » Le médecin ne doit donc pas être tenté de considérer le fait comme un épiphénomène sans valeur dont la cause lui échappe, et s'en tenir à l'adage: *De mortuis nihil*, car la diarrhée dont nous parlons offre certains caractères qui peuvent lui faire attribuer une valeur séméiologique spéciale, caractères importants à connaître, le lecteur le comprendra sans peine en raison du grand intérêt clinique que comporte ce diagnostic. Ces caractères font à la diarrhée tabétique une place à part dans le cadre nosologique, parce qu'ils la montrent dépourvue de la plupart des traits de ressemblance avec les diarrhées qu'on trouve à la période initiale ou dans le cours d'autres processus morbides, sauf peut-être avec les diarrhées de certaines formes frustes de la maladie de Basedow, de la neurasthénie: je montrerai en effet, dans les chapitres suivants, quelle peut-être en certains cas la difficulté du diagnostic.

Tout d'abord, l'étiologie de la diarrhée tabétique paraît muette : toutes les observations sont concluantes à cet égard. Cherchez le pourquoi de ce flux intestinal, vous ne trouverez aucune des causes ordinaires, ni alimentation vicieuse, ni écarts de régime, ni excès de table ; le froid seul semble avoir quelque influence ; et encore cette influence n'existe-t-elle pas chez tous les sujets ; de plus, en face de la persistance de l'entérorrhée, le médecin ne peut attribuer au froid que le rôle restreint de cause occasionnelle ; le malade lui-même en fait rarement une cause efficiente. L'action médicamenteuse est nulle ; cela ressort de l'observation du professeur Fournier (1). Le malade importuné s'étudie, s'observe, surveille son régime, s'étonne de ne trouver ni cause, ni raison : « J'ai la diarrhée, dit-il, parce que j'ai la diarrhée, sans avoir rien fait pour l'avoir. »

En second lieu, l'entérorrhée de l'ataxique est d'une grande bizarrerie d'allures. Inexplicable dans ses causes, elle est inexplicable dans ses formes ; tantôt, consistant en un flux continu, elle ne laisse au malade ni trêve ni merci ; plus souvent elle offre un caractère intermittent, revient par accès, par crises. Ainsi, tel malade a pendant trois ou quatre jours de six à huit selles par jour : envie brusque, irrésistible, et défécation rapide, véritable débâcle expulsant chaque fois un demi-litre d'eau d'un seul jet ; l'épisode diarrhéique se termine aussi brusquement qu'il apparaît, sans passer par cet état intermédiaire des diarrhées

(1) FOURNIER. *Loc. cit.*

liées aux gastro-entérites ordinaires. (H. Roger) (1). Dans l'intervalle des accès les fonctions digestives se font bien ; ou bien il peut y avoir une constipation plus ou moins intense ; puis à la suite d'une crise douloureuse, ou même sans cause appréciable, la diarrhée reparait avec les mêmes caractères ; ces retours offensifs se font quelquefois d'une façon périodique.

Quoi qu'il en soit, continue ou intermittente, la diarrhée dure longtemps ; c'est là certainement son caractère le plus constant. Les crises dont il est parlé plus haut se succédant pendant deux, trois ou quatre ans, le malade finit par en prendre son parti.

Il faut dire du reste que les anti-diarrhéiques usuels ont été inutiles ; capricieuse autant que bizarre, la diarrhée disparaîtra définitivement un beau jour, au grand étonnement du malade, aussi brusquement qu'elle était survenue, et sans plus de raison.

J'ajoute à ces caractères qui font de l'entérorrhée tabétique une espèce à part, l'indolence presque absolue qui la fait supporter à titre d'habitude acquise. Si dans le tabes confirmé, les malades voient quelquefois les crises coïncider avec des douleurs, douleurs viscéralgiques ou douleurs de membres, dans la période préataxique au contraire, et surtout dans la forme continue de la diarrhée, ils ne souffrent ni de coliques, ni de point épigastrique ou autre de l'abdomen ; il peut survenir un peu de ténesme qu'on ne doit pas confondre avec les crises rectales, si les selles sont assez rapprochées.

(1) H. ROGER. *Loc. cit.*

La quantité des matières expulsées est variable ; on a affaire parfois à une véritable diarrhée cholérique qui emporte le malade ; mais ce cas est peu fréquent, l'alimentation est impossible et le tabétique est emporté dans une crise (un cas de Vulpian).

Plus constamment, on s'étonne de voir les sujets traîner une diarrhée rebelle sans que leur état général en soit profondément endommagé.

Je me résume : on observe dans l'ataxie une diarrhée sans cause bien appréciable, d'allures bizarres (continue ou intermittente), de longue durée, tenace, peu douloureuse en général, affaiblissant peu les malades, à apparition et disparition soudaines.

Le pronostic de la diarrhée tabétique n'est autre que celui du processus morbide dont elle dépend ; elle n'offre par elle-même aucune gravité, elle est du reste assez souvent curable.

Le diagnostic s'impose quand il s'agit d'un tabes bien caractérisé : coliques et ténésme rares, selles sanguinolentes peu fréquentes ; rien de semblable aux matières caractéristiques du choléra et de la dysenterie, tout cela joint aux caractères énoncés ci-dessus. On pensera à une diarrhée nerveuse et non à une entérite.

Il n'en est pas de même si la diarrhée que nous venons d'étudier est un symptôme initial du tabes commençant. De nombreuses observations nous montrent en effet qu'elle appartient plus spécialement à la période préataxique du tabes, souvent il est vrai,

quand le tabes s'atteste déjà par divers symptômes ; mais elle peut en constituer quelquefois exactement la première manifestation : une observation commune à Vulpian et Charcot (1), curieuse à plus d'un titre, une autre de Balacakis (2) un peu laconique peut-être, plusieurs observations de M. Fournier, (3) celle de Dubuc (4), notre observation I, semblent le prouver.

En tout cas, cette possibilité est complètement affirmée ; il est un point parfaitement acquis, c'est que la diarrhée est de nature à constituer un signe révélateur du tabes, par sa marche, son étiologie obscure, sa persistance. Elle doit alors éveiller un soupçon dans l'esprit du médecin qui aura épuisé toutes les hypothèses rationnelles, et ce soupçon conduira à la découverte de signes (5) obscurs, vagues, facilement méconnaissables d'un « tabes encore assez embryonnaire » pour que le malade n'en conçoive aucune inquiétude, mais d'un tabes « cliniquement authentique, médicalement indéniable. » Il ne faut pas se dissimuler pourtant qu'il sera toujours possible d'épuiser toutes les hypothèses rationnelles ; certaines maladies

(1) VULPIAN et CHARCOT. *Loc. cit.*

(2) BALACAKIS. Th. de Paris, 1888, n° 152, obs. V.

Fusch, 50 ans. Syphilis il y a seize ans. Début du tabes il y a trois ans par des coliques subites, violentes, suivies à l'instant du besoin de défécation. Ces coliques survenaient le soir et le matin, duraient environ huit jours et disparaissaient quelque temps pour réapparaître plus tard. Le malade perdait quelquefois ses urines pendant le jour. Douleurs fulgurantes il y a un an. Pas de crises gastriques. Myosis. Pas de douleurs en ceinture. Perte de réflexes rotuliens. Incoordination. Signe de Romberg.

(3) FOURNIER. *Loc. cit.*

(4) DUBUC. *Loc. cit.*

(5) Ces symptômes initiaux, on le sait, sont aussi variés que disparates, n'offrent aucune analogie, aucun air de famille,

nerveuses sur lesquelles M. Charcot appelait l'attention (leçons de 1875) pourront prêter à confusion : nous avons vu en effet que les caractères propres de la diarrhée que nous étudions permettent de la faire rentrer dans le cadre nosologique des diarrhées nerveuses, mais rien de plus. Il faudra jusqu'à nouvel ordre, pour préciser encore un peu plus, tenir grand compte des antécédents et des moindres troubles concomitants.

Quoi qu'on en ait dit, le traitement de la diarrhée tabétique existe. Roger (1) a obtenu un succès par le sulfate d'atropine, ce qui semble confirmer l'hypothèse qui attribue la diarrhée du tabes aux troubles vaso-moteurs. Mais ce n'est pas là le remède le plus efficace ; les pointes de feu ont donné plus souvent de bons résultats ; leur emploi a permis d'amender un grand nombre de symptômes du tabes, la diarrhée au premier rang. (J. Teissier. G. Zohrab, hospice du Perron.)

n'ont de commun que l'origine spécifique et l'aboutissant aux désordres locomoteurs. Aussi, puis-je m'autoriser à les énumérer sans ordre : parésie vésicale, rétention ou incontinence d'urine, éréthisme vénérien ou débilité génitale, sidérations nerveuses, ictus, troubles de l'intelligence, de la mémoire, de l'ouïe, vertiges, troubles gastriques (vomissements), crises viscéralgiques, mal perforant, chute des ongles, des dents, zona, vitiligo, troubles vaso-moteurs en général. La période préataxique du tabes est, on le voit, essentiellement polymorphe, sa symptomatologie très compréhensive est variée, et si elle est bien connue, peut apporter au diagnostic un appoint précieux, décisif même parfois, avant que ce diagnostic ne ressorte d'autres manifestation plus typiques.

(1) ROGER. *Loc. cit.*

Il est possible d'établir la pathogénie de la diarrhée du tabes ; l'hypothèse ressortira naturellement de la comparaison des altérations du sympathique dans le tabes et des altérations du sympathique qui peuvent produire ce trouble.

Disons d'abord qu'on n'a pas constaté, dans les cas de tabes accompagnés d'entérorrhée, d'altérations du pneumo-gastrique ; pas d'altération du plexus de Meissner ou d'Auerbach, ni de lésions intestinales qui pussent produire ces altérations. Des lésions des ganglions extra-spinaux du sympathique ont été notées, qui ne peuvent être mises sur le compte ni de la vieillesse, ni d'une maladie autre que le tabes, particulièrement par Raymond et Artaud (1). Les phénomènes sécrétoires et vaso-moteurs de l'ataxie ne pourraient-ils pas dépendre d'altérations semblables ? Ces lésions sont rares (atrophie des cellules, disparition des fibres de Remak et dégénérescences de leurs noyaux), autant que les troubles sécrétoires et vaso-moteurs sont fréquents ; de plus, rien ne prouve qu'elles ne sont pas sous la dépendance des altérations médullaires si communément décrites dans l'ataxie.

C'est donc dans l'axe cérébro-spinal qu'il faut rechercher la cause des troubles vaso-moteurs, en face de cette intégrité du sympathique déjà démontrée par les autopsies de Vulpian et Charcot (2), peu nombreuses il est vrai, mais minutieuses. Est-ce à dire que le sympathique ne participera en aucune

(1) RAYMOND et ARTAUD. *Compte rendus Soc. biologie*, juillet, 1882.

(2) VULPIAN et CHARCOT. *Loc. cit.*

façon à l'étiologie de la diarrhée tabétique? Cela serait d'autant plus téméraire à affirmer, que lui seul est susceptible de produire les troubles sécrétoires et vasculaires, qui entrent pour une bonne part dans le cortège des symptômes du début que nous énumérons plus haut.

D'autre part, il existe des connexions anatomiquement et physiologiquement bien connues aujourd'hui, entre le système sympathique et le système spinal, connexions qui expliquent les actions réflexes motrices ou sécrétoires dont nous parlions au chapitre I^{er}. Elles ont lieu par l'intermédiaire du tractus intermedio-lateralis et de la colonne vésiculaire de Clarke, qui sont reliés entre eux par des fibres traversant les cordons latéraux (Clarke, 1851). Ces relations subsistent dans le bulbe où le tractus intermedio-lateralis se continue par le faisceau solitaire de Stilling. Or, le tractus intermedio-lateralis est considéré par M. Pierret comme l'origine du grand sympathique (noyau postéro-externe de la corne antérieure); de plus, il est démontré que la colonne sensitive vésiculaire de Clarke peut dégénérer dans le cas de tabes (1) (Pierret, Schultze).

Le sympathique est donc touché dans le tabes, mais comment agit-il? M. Pierret, admettant avec Duchenne que le tabes est un système sensitif malade, que les centres moteurs, plus ou moins sains, sont

(1) Ed. KRAUSS. « Zur pathologischen anatomie der tabes dorsalis ». *Neurologisches Centralblatt*, n° 3, p. 50, 1885.

RUMPF. *Arch. f. Psychiatrie*, Bd XV, heft 2, p. 419.

LISSAUER. « Ueber veränderungen der Clarke'schen Säulen bei tabes dorsalis » *Fortschritte der medicin*, février, 1884.

diversement impressionnés par des incitations provenant de cellules ou de fibres sensibles altérées, invoque dans l'incoordination motrice un défaut de synergie des muscles antagonistes, attribuable à des insuffisances musculaires ou à des spasmes intercurrents. Il faut alors admettre pour les muscles lisses ce qu'on admet pour les muscles striés, pour pouvoir expliquer la diarrhée par l'incoordination, loi fondamentale de la conception simple du tabes, admettre en un mot l'ataxie des vaisseaux, l'ataxie de l'intestin, au même titre que l'ataxie des membres.

OBSERVATION I (résumée).

Due à l'obligeance de M. le professeur J. TEISSIER. — Hospice du Perron. — Relevée par M. G. ZOHRAH.

Ataxie spécifique, début par de la diarrhée. Aura de somnolence précédant les attaques fulgurantes. Engourdissement du petit doigt gauche, enflure intermittente de la joue gauche, plaque d'anesthésie sur la cuisse gauche, zona intercostal gauche.

Marie B..., 42 ans, ourdisseuse: Père mort paralytique; mère cancéreuse. Tempérament très nerveux; constitution faible et délicate, émotivité exagérée; pas d'excès. Réglée à 11 ans; mariée à 19; contagionnée à 20 par son mari: plaques muqueuses et éruptions de la peau quelque temps après. Elle n'a pas suivi de traitement anti-syphilitique sérieux. Nombreux chagrins depuis.

A l'âge de 36 ans, diarrhée subite ayant duré quatre mois et accompagnée de vomissements; de là, amaigrissement, apathie. Arthropathies des genoux, consistant en un relâchement des jointures; plus tard, céphalée et douleurs fulgurantes.

A l'arrivée au Perron (1885), la diarrhée n'existe pas; les fonctions digestives sont bonnes. On note de l'incoordina-

tion ; le signe de Romberg est très net. Traitement par les pointes de feu.

En 1886, crises épileptiformes avec perte de connaissance, contractures, déviation de la face, sans morsure de la langue ; aura. Les crises deviennent moins fréquentes sous l'influence du bromure de potassium, mais momentanément seulement. Constipation opiniâtre.

En 1888, on note quelques troubles vaso-moteurs du côté des membres inférieurs ; œdème, rougeur.

OBSERVATION II (résumée).

Due à l'obligeance de M. le professeur J. TEISSIER. — Hospice du Perron.

Maladie de Duchenne fruste ; réflexes rotuliens conservés. Crises épileptiformes. Névralgies, vertiges, diarrhée nerveuse.

Thérèse C..., 54 ans. Fausse couche à 25 ans ; puis crises nombreuses (quelquefois six par jour), consistant en chute, perte de connaissance avec écume à la bouche, morsure de la langue, émission involontaire des urines. Ces crises ont cessé en 1870 ; depuis, névralgies temporales et occipitales.

Il y a quatre ans, débute une affection des voies digestives consistant en vomissements glaireux et alimentaires. Digestions difficiles ; quelquefois boulimie. Il y a de la diarrhée continue sans période de constipation ; cette diarrhée dure quatre ans.

Douleurs au creux épigastrique, entre les deux épaules, aux membres ; pas de douleurs fulgurantes. Peu d'incoordination ; réflexe rotulien normal. Vertiges, céphalée intense, vue trouble. Rien aux poumons, rien au cœur.

A l'entrée au Perron (1880), la diarrhée est toujours habituelle ; quelques crises gastriques. On donne de l'acétanilide, de la valériane ; la diarrhée n'est pas plus marquée. On essaye sans plus de succès la poudre de viande, les lavements de bromhydrate d'ammoniaque.

§ II

DIARRHÉES DANS LES MALADIES CÉRÉBRO-SPINALES AUTRES QUE L'ATAXIE.

La diarrhée, dans les maladies de l'axe cérébro-spinal autres que le tabes, semble très rare ; sur une centaine d'observations détaillées relevées avec soin dans son service du Perron, et que M. le professeur J. Teissier m'a permis de feuilleter, je trouve la constipation notée presque partout, sauf dans les cas transcrits ci-dessous, cas trop peu nombreux, trop peu détaillés à notre point de vue spécial, pour permettre de donner une description nouvelle : il est du reste infiniment probable que la diarrhée de ces états nerveux ne diffère pas de celle du tabes que nous connaissons (1).

OBSÉRVATION I (inédite et résumée).

Provenant du service de M. le professeur J. TEISSIER. — Hospice du Perron.

Paralysie spinale infantile de la jambe gauche. Myélite diffuse (troubles de la sensibilité et incoordination avec atrophie musculaire). Strabisme, amaurose, atrophie blanche très avancée avec déformation papillaire.

Antoine G..., 37 ans. A un frère mort aliéné à 40 ans. Syphilis en 1870. Il a perdu l'usage de sa jambe à l'âge de 3 ans et a marché depuis à l'aide d'une bottine spéciale. Il

(1) Un mot à propos de la maladie de Friedreich ; la *diarrhée* y est signalée à côté de troubles sécrétoires passagers, et à plusieurs reprises, dans le second cas d'ataxie héréditaire. Thèse de Brousse, Montpellier, 1882.

s'est aperçu en 1881 que ses forces diminuaient rapidement et fit alors un séjour à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où l'on remarqua l'atrophie des interosseux (main en griffe). Il y perdit subitement la vue en une nuit, sans douleurs.

A son entrée au Perron (1883), on constate l'atrophie de la jambe gauche, le pied en varus équin; l'atrophie des bras, celle des mains; l'abolition des réflexes rotuliens; l'exagération du réflexe plantaire à droite. La sensibilité est conservée; il y a retard des sensations de contact. Incoordination dans les mouvements du membre supérieur.

La tête et les yeux conservent leurs mouvements. Le malade distingue le jour de la nuit.

Anaphrodisie complète; urination normale; alternatives de *diarrhée* et de constipation; pas d'épreintes douloureuses.

État général bon; appétit conservé; intelligence intacte; pas de tremblement; pas de palpitation de cœur. Rien aux poumons.

En 1886, on note une congestion vaso-motrice assez prononcée des téguments de la jambe gauche, qui apparaît violacée, tuméfiée au niveau des orteils avec état squammeux de la peau.

En 1887, apparaît en trois semaines une hyperesthésie considérable de tout le corps. Douleurs contusives et lancinantes des membres inférieurs. Myosis double; strabisme sans diplopie; à l'ophtalmoscope, papille blanche, atrophiée, polygonale, à vaisseaux ténus. Pas de crises gastriques ni viscérales.

OBSERVATION II (inédite et résumée).

Service de M. le professeur J. TEISSIER. — Hospice du Perron.

Sclérose en plaques. Crises congestives. Hémiplégie transitoire du côté gauche.

Veuve B..., 69 ans, ménagère. Rien du côté de l'hérédité; tempérament nerveux; pas d'alcoolisme. Grande frayeur en 1881 à la suite d'un incendie dans son domicile; quelques jours plus tard, elle éprouve de la lassitude, des étourdisse-

ments; puis elle perd successivement l'usage du membre inférieur et du membre supérieur gauches; la parole devient impossible. L'hémiplégie gauche ne s'accompagne pas d'anesthésie. Après un séjour à l'Hôtel-Dieu, elle sort améliorée par l'iodure de potassium.

Deux mois après, elle a une *diarrhée* violente: quinze à vingt selles par jour, peu abondantes, sanguinolentes, avec ténésme et épreintes; crises douloureuses, constrictives, dans le ventre, l'estomac, le cou. Elle rentre à l'Hôtel-Dieu; elle prend de la morphine.

En 1882, tremblements de la main droite, disparaissant au repos, ne se produisant qu'à l'occasion de mouvements voulus; la malade a conscience de cette infirmité. Le pied droit tremble aussi; la tête oscille tout d'une pièce, lorsque la malade dit: oui.

Quinze jours avant son entrée au Perron (décembre 1882), la malade a eu une métrorrhagie abondante. Outre les symptômes précédents, on trouve à son arrivée un peu d'affaiblissement de l'ouïe. Pas de troubles de la vue. Pas de crainte exagérée de la chaleur. La malade ne marche pas en fauchant, mais a un léger tremblement des deux jambes, et un peu d'impuissance motrice à gauche. La sensibilité réflexe et à la douleur est conservée.

Léger degré d'athérome; quelques intermittences vraies; pas d'altération des bruits du cœur; arythmie.

Les tremblements enregistrés donnent sur le tracé de petites oscillations rythmées au début du mouvement, de grandes oscillations à la fin (près du but à atteindre).

Traitement par le phosphore de zinc.

En février 1883, bronchite avec signes de parésie cardiaque, agitation et dyspnée. Amélioration par la digitale.

Décès en juin. Pas d'autopsie.

OBSERVATION III (inédite et résumée).

Service de M. le professeur J. TEISSIER. — Hospice du Perron.

Monoplégie avec contractures. Début subit. Incontinence d'urine et de matières fécales passagère.

L..., 40 ans, tisseur. Père mort paralytique. Un frère tuberculeux. Scorbut en 1865; coliques saturnines passagères en 1881. Le malade perd subitement l'usage de sa jambe gauche au moment d'une miction; la jambe droite reste souple et mobile, mais la gauche se contracture ensuite et reste fléchie sur la cuisse, celle-ci étant fléchie sur le bassin.

Amélioration par les pointes de feu sur la colonne vertébrale. (Hôp. de la Croix-Rousse.) Récidive en 1883.

A l'entrée au Perron (1883), la marche est difficile; la sensibilité conservée dans les deux membres inférieurs; le réflexe rotulien exagéré à gauche; réflexe plantaire nul. Pas de tremblement des membres inférieurs au repos. Les membres supérieurs ont conservé leur force, mais semblent légèrement. Pas d'incoordination. Vision intacte, pas de nystagmus. Incontinence d'urine. Digestions en général bonnes, avec alternatives de *diarrhée* et de constipation.

En 1887, l'état est peu modifié; la diarrhée n'est plus signalée.

OBSERVATION IV (inédite).

Due au Dr BRONNER.

Congestion pulmonaire chronique. Artério-sclérose généralisée. Hémorragie cérébrale. Douleurs d'angine de poitrine. Diarrhée.

P..., 60 ans, ancien militaire. Antécédents héréditaires nuls. Constitution vigoureuse; blessures nombreuses et graves ayant produit d'abondantes hémorragies. Depuis dix-

huit ans, le malade présente chaque hiver des signes de congestion pulmonaire; cet état s'accroît chaque année, sans incommoder autrement le malade. Peu à peu, douleurs d'angine de poitrine, signes non douteux d'artério-sclérose débutante.

En juillet 1889, le malade a une attaque de paralysie (membres, langue et lèvres). L'hémiplégie gauche a été complète, constatée un matin au réveil; l'accident n'a pas eu de suites sérieuses; tout symptôme de paralysie a disparu dix jours après. Il n'en est resté qu'une certaine faiblesse des jambes et un affaiblissement intellectuel peu prononcé.

Depuis le milieu du mois d'août, le malade présente des alternatives de constipation et de *diarrhée* : brusquement, sans écart de régime, sans repas copieux, survient une diarrhée opiniâtre. Les selles sont fréquentes (8 à 10 par nuit) absolument liquides, affaiblissant le malade. Cet état dure un jour ou deux, puis cesse sans traitement; il survient ensuite une tendance à la constipation. Les digestions sont quelquefois pénibles.

Ces phénomènes se sont présentés à quatre ou cinq reprises différentes, entre le milieu d'août et le mois de janvier suivant (1).

(1) Voir en outre l'observation du professeur B. TEISSIER, *loc. cit.*

CHAPITRE III

La diarrhée dans le goitre exophtalmique.

Il y a dans la maladie de Basedow, à côté de la triade classique : palpitations, exophtalmie et goitre, un certain nombre d'autres symptômes qui ont été passés sous silence par beaucoup d'observateurs, ou du moins considérés par eux comme accessoires ; ces symptômes ont semblé depuis quelque temps (1) au contraire, être étroitement liés à cette affection, et peuvent en effet suffire à la constituer en l'absence des caractères spéciaux.

Ces symptômes sont le tremblement, dont la forme spéciale indique un état nerveux distinct de l'hystérie

(1) Germain SÉE. *Maladies du cœur*. Paris, 1879.

BURNEY-YEO. *British med. Journ.*, p. 320, mars 1879.

et de la neurasthénie, les sueurs généralisées ou localisées, la boulimie, l'insomnie, la toux quinteuse sans expectoration ni signes physiques, enfin la *diarrhée*.

Cette diarrhée est une des manifestations les plus fréquentes de la maladie de Basedow, puisque dans la thèse de Marie (1), je relève ce symptôme douze fois sur quinze cas inédits ; cette fréquence et les caractères spéciaux de cette diarrhée sont cependant peu indiqués par les classiques. On en parle comme d'un fait accidentel.

La diarrhée est éminemment paroxystique, généralement pas accompagnée de coliques. Le plus souvent, le malade après être allé le matin à la garde-robe d'une façon tout à fait normale se sent pris deux ou trois heures après d'un besoin intense, et pendant l'espace de quelques heures il a deux ou trois selles liquides aussi bruques. Tout rentre ensuite dans l'ordre, jusqu'à une nouvelle attaque de diarrhée qui surviendra quelques jours ou quelques semaines plus tard.

De même que dans le tabes, cette forme paroxystique peut s'atténuer, et la diarrhée devenir continue ; elle peut durer alors sans aucune poussée comme sans aucune rémission pendant plusieurs semaines, et affaiblir le malade au point de l'emporter.

On a observé quelquefois la constipation, mais cela n'exclut pas la possibilité de diarrhées paroxystiques.

De l'analyse consciencieuse des cas publiés (2), il

(1) Th. de Marie, Paris, 1883. *Etude et diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow*.

(2) Le lecteur se reportera facilement, pour ces cas publiés, aux indications bibliographiques, au bas de ces quelques pages. Je me

résulte donc que la diarrhée du goître exophtalmique ne présente pas par elle-même des caractères qui puissent la faire distinguer de celle de bien d'autres états nerveux. Le diagnostic en serait donc très difficile si ce symptôme existait seul; mais ici, au contraire de ce que nous avons vu dans le tabes, la diarrhée ne constitue jamais le symptôme tout à fait initial de la maladie commençante : on ne peut être embarrassé que dans les cas de formes frustes, et encore trouvera-t-on alors constamment soit le tremblement, soit les palpitations, soit l'exophtalmie légère ou le gonflement léger du corps thyroïde associés à des troubles vaso-moteurs (sueurs, bouffées de chaleur), à des manifestations cutanées (vitiligo (1) taches pigmentaires (2), urticaire) (3), à des troubles psychiques (4), des accidents convulsifs et paralytiques (5).

bornerai, à la fin du chapitre, à traduire ce qui se rapporte à la diarrhée dans quelques articles étrangers, trop longs pour être rapportés en entier, en même temps qu'un peu concis en ce qui concerne le symptôme dont nous parlons.

(1) ROLLAND. Th. de Paris, 1876. *De quelques altérations de la peau dans le goître exophtalmique.*

BALL. *Gaz. des hôp.*, 1873, p. 408, et YEO. *British medical Journ.*, 17 mars 1877.

(2) Roberts BARTHOLOW. « Some practical observat. on exophtalmic goitre ». *Transact. of the Americ. med. Assoc.*, t. XXVI, 1875.

RÖSSNER. « Beitrage zur Lehre von Morbus Basedowii ». *Centralblatt für med. Wissensch.*, 1876.

(3) DUNCAN-BULKLEY. « Two cases of exophtalmic goitre with chronic urticaria ». *Chicago Journ.*, octobre 1875.

(4) SOLBRIG. *Virchow's Archiv*, 1870.— GEIGEL, ANDREWS, in *Würzburger med. Zeitschr.*, 1866.

(5) G. BALLET. « De quelques troubles du syst. nerv. central

Le pronostic est insignifiant pour la diarrhée elle-même quand il s'agit de paroxysmes plus ou moins éloignés; elle affaiblit peu le malade, avons-nous dit. Dans la forme continue, le pronostic est d'autant plus grave que tout traitement est inutile; la mort survient rapidement parfois.

On a peu essayé de traitements contre la diarrhée du goître exophtalmique; cela tient-il à ce que le plus souvent elle disparaît d'elle-même? Il faut dire du reste qu'ici les malades, non plus comme les tabétiques, ne se plaignent qu'accessoirement de la diarrhée; elle accompagne d'ordinaire d'autres troubles nerveux et ils la rapportent à la même cause. Il est donc peu facile de conseiller une thérapeutique quelconque. La digitale, le bromure de potassium, ont été utiles (1). Peut-être l'électrisation continue du sympathique cervical, qui a amélioré ou fait disparaître dans de nombreux cas certains symptômes de la maladie de Graves, pourrait-elle ici donner des résultats?

Pour fournir de cette diarrhée une explication pathogénique suffisante, il faut se reporter aux diverses théories du goître et aux résultats de l'anatomie pathologique. A ce dernier point de vue, rappelons qu'on a signalé des lésions du sympathique (2), un cas de

observés chez les malades atteints de goître exophtalmique ». *Revue de med.*, avril 1883.

CHVOSTEK. « Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit. ». *Wien. med. Presse*, 1870, n° 38.

(1) Observation de Marie. *Loc. cit.*

(2) JACCOUD. *Path. int.* — GRASSET. *Maladies du syst. nerveux.* — SHINGLETON-SMITH. « Exophtalmic goitre; lesions of cervical ganglia ». *Medic. Times and Gaz.*, p. 647, juin 1878.

O. GLAS. *Upsala lakarearen forhandl.* IX, n° 1.

lésion de la moelle (Geigel), faits qui suffiraient à expliquer la diarrhée s'ils étaient aussi fréquents que ce symptôme. Quant aux théories, elles pèchent toutes par un point, aussi bien celle de Friedreich, que celle de G. Sée ou celle de Jaccoud. Du reste, la question d'une théorie unique pour expliquer la triade symptomatique et les accidents de la maladie de Graves a perdu beaucoup de son importance, aujourd'hui qu'on tend à admettre que le goître exophtalmique est une névrose généralisée plus voisine de l'hystérie que des maladies de cœur (1). Rendu (2) en fait une névrose centrale ayant son siège dans les hémisphères cérébraux; Trumet de Fontarce (3) place dans le bulbe l'origine des accidents, et se range aux idées de Filehne (4) sur la production expérimentale du goître (section des corps restiformes). D'après cela, la diarrhée du goître exophtalmique, d'origine bulbaire, serait une diarrhée névropathique réflexe par action centrale.

OBSERVATIONS

Dans un mémoire sur les troubles nerveux d'origine centrale accompagnant le goître exophtalmique, Cardarelli (5) cite deux observations sur quatre, où l'on observe la diarrhée :

(1) V. *Rev. sc. medic.*, IV, 1874, p. 530.

(2) *Dict. encyclop.* « Article goitre. »

(3) TRUMET DE FONTARCE. *Pathologie clinique du grand sympathique*, 1880, p. 123.

(4) FILEHNE. « Zur Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. » *Erlanger physik. med. Sitzungsber.*, juillet, 1879.

(5) CARDARELLI. *La malattie nervose e funzionali del cuore*, Naples, 1882.

I. — Femme de 35 ans, hystéro-épileptique, atteinte jadis de paralysie. Chez elle le goître s'accompagne de tremblement, de *diarrhée* et de troubles trophiques de la peau (vitiligo, alopecie) (1).

II. — Femme atteinte de la triade classique et présentant en outre des troubles viscéraux : vomissement, *diarrhée*, et du tremblement. Elle a encore de la parésie du membre supérieur gauche, avec anesthésie du nerf cubital, et sueurs locales.

Cheadle (2) insiste sur l'existence de phénomènes sécrétoires caractérisés par des sueurs profuses, de la *diarrhée*, des éruptions cutanées, sans les décrire autrement.

III. — A l'autopsie d'une femme morte de goître et ayant présenté ces phénomènes, il trouve les nerfs et ganglions du sympathique absolument intacts ; mais dans le centre de la moelle, du bulbe et de la protubérance, il constate d'une façon non douteuse une dilatation vasculaire considérable. Il admet comme vraisemblable la compression des éléments nerveux par les vaisseaux congestionnés et leur excitation fonctionnelle due à un afflux de sang exagéré. La mort est survenue par l'épuisement dû à la *diarrhée* et aux vomissements.

Roberts Bartholow (3) donne une courte observation :

(1) A propos de goître compliqué d'affections nerveuses, on pourra consulter : JOFFROY, BARIÉ. « Goître et ataxie ». *Soc. méd. hôp.*, décembre 1888. — FERÉOL. « Relations du goître et des névroses ». *Un. méd.*, 1874, n° 153 ; *Revue des Sc. méd.*, IV, 1874, p. 530. — DELASIAUVE. « Epilepsie et goître ». *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1874. — *Dict. encyclopédique*. « Article goître ».

(2) CHEADLE. « Exophtalmic goitre. Additionnal cases ». *St-Georges hosp. reports*, IX, p. 79, 1878.

(3) ROBERTS BARTHOLOW. *Some practical observations on exophtalmie, goître and its treatment*, 1875.

IV. — A côté d'un goître exophtalmique bien caractérisé, on note une éruption cutanée, de l'hémicrânie, des névralgies et des phénomènes viscéraux très accentués. Ce sont : de l'entéralgie violente avec *diarrhée* nettement paroxystique, affaiblissant beaucoup le malade.

Rössner (1) donne une observation identique. Eger (2) une autre, que voici en résumé :

V. Femme H..., 32 ans, rougeole dans l'enfance, réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Palpitations depuis trois ans; puis exophtalmie, gonflement de cou. Il y a un an, sans aucun écart de régime, apparut de la *diarrhée*, accompagnée de vomissements; cette diarrhée persista longtemps, peu pénible, et fit cortège après quelques mois à des sueurs profuses, des névralgies violentes avec perte momentanée de la mémoire et délire passager. Les vomissements cessèrent, la diarrhée s'amenda, grâce à une diète sévère qu'on ne pût naturellement pas continuer longtemps.

On employa alors, au retour des accidents, les narcotiques, le bismuth, la glace, plus tard, la faradisation. Mort au bout de peu de temps.

(1) RÖSSNER. « Beiträge zur Lehre vom Morbus Basedowii. Inaug. Dissert. » Breslau, 1875. *Centralbl. f. med.*, 1876.

(2) EGER. « Beiträge zur Pathologie der Basedow'schen Krankheit. » *Deutsche med. Wochenschr.*, 1880, p. 153.

CHAPITRE IV

De la diarrhée hystérique.

Les troubles intestinaux dans l'hystérie sont signalés par de nombreux auteurs (1), mais ils ne sont nulle part décrits avec quelques détails. On a noté le plus souvent de la constipation, accompagnée ou non de douleurs entéralgiques, mais toujours escortée de l'expulsion de concrétions muqueuses membraniformes, qu'on a pu prendre pour des tæniâs, et dont le mécanisme de formation est peu connu (2).

(1) AXENFELD. *Traité des névroses*, 2^e édition, Paris, 1882.

(2) SIREDEY. « Concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin ». *Soc. méd. des hôp.*, 1868. Mémoires, p. 66.

HUCHARD. Id. *France médicale*, 15 janvier 1879.

POIGNARD. Id. Thèse de Paris, 1879.

CLOVIS. Id. *Union médic. du N.-E.*, janvier 1878.

La *diarrhée* est considérée comme rare, et quand elle survient, elle succède souvent à une constipation plus ou moins prolongée. Les observations détaillées manquent à ce point de vue ; il faut s'en rapporter aux dires des observateurs. M. Stephanides, médecin à Carlsbad, qui a eu l'occasion de voir souvent des hystériques envoyés aux eaux, est à peu près le seul auteur qui présente un tableau d'ensemble de la diarrhée hystérique (1). Il fait intervenir dans l'explication du flux intestinal un état de spasme des muscles intestinaux, une augmentation de la réaction des nerfs vis-à-vis des causes irritantes, une augmentation, en un mot, du péristaltisme. Il ne semble en aucune façon rattacher la diarrhée aux mêmes causes que les troubles vaso-moteurs ou sécrétions réflexes d'origine centrale, tels que les ont décrits Huchard, Martin, ou auparavant Briquet (2) : sueurs (Chauffard), ptyalisme (Sydenham, Hofmann), hématisation, etc. Il n'est guère possible de trancher cette question de pathogénie, grâce au

LOEWE. Id. « Communiqué à la Soc. médic. de Berlin (1^{er} mars 1876) ». In *Berlin. Klin. Woch.*, n° 21, mai 1876.

MARCHAND (de Halle). Id. *Berlin. Klin. Woch.*, n° 48, novembre 1877.

OTTO ROTH. Id. *Berlin. Klin. Woch.*, n° 35, septembre 1873.

LOMBROSO et OTTOLENGHI. « Névrose vaso-motrice chez une hystéro-épileptique ». *Giorn. Acad. di med.*, Torino, n° 6.

VANNI. « Myo-angionévrose intestinale avec hypersécrétion muqueuse ». *Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 4.

(1) STEPHANIDES. « Zur Kenntniss des Darmkatarrhes der Hysterischen ». *Wien. medicin. Presse.*, n° 32, 1883.

(2) H. HUCHARD. « Troubles vaso-mot. et sécrét. de l'hystér. ». *Gaz. hebdomadaire*, 1882.

MARTIN. « Troubles de l'appareil vaso-moteur dans l'hystérie ». Th. de Paris, 1876.

BRIQUET. *Traité clinique de l'hystérie*. Paris, 1859.

peu de lumière que vient y jeter l'anatomie pathologique, qui n'existe pour ainsi dire pas dans l'hystérie (1).

« Chez les hystériques atteints de diarrhée nerveuse, dit Stephanides (2), il y a habituellement
« avant cette diarrhée, et pendant longtemps, un état
« dans lequel les malades accusent toutes sortes de
« symptômes morbides du côté du tube gastro-intestinal; ils ont des malaises très variés, un sentiment
« de plénitude qui est augmenté par la pression, du
« ballonnement, des coliques accompagnées souvent,
« d'une façon alternative, de diarrhée et de constipation; enfin, la diarrhée devient de plus en plus
« régulière et constante, et résiste à tous les moyens
« qui réussissent habituellement chez d'autres malades. Le besoin d'aller à la selle, revenant fréquemment, surprend souvent les malades d'une façon
« si brusque, qu'ils n'ont pas le temps d'arriver à la chaise. Les selles sont liquides, peu abondantes,
« contiennent rarement un mucus épais. Elles surviennent habituellement sans avertissement, ou
« du moins après une impression très fugitive d'inquiétude et de gargouillement dans le bas-ventre.
« Elles sont souvent provoquées par une agitation
« psychique, comme il s'en produit facilement chez les hystériques. Certaines influences nerveuses,
« notamment les impressions de tristesse ou de

(1) BRIQUET. *Loc. cit.* — ROYER-COLLARD. *Mém. soc. méd. d'Edimbourg*, t. VI. — JACQUE. *Mém. soc. méd. du département de la Seine*, t. XXIX, p. 276.

(2) *Loc. cit.* Traduction in extenso.

« crainte, ont chez la plupart des individus une ac-
« tion incontestable sur les mouvements de l'intestin,
« si bien que la diarrhée les suit immédiatement. Il
« en est de même chez certains hystériques, pour les-
« quels la joie ou l'angoisse, la crainte ou l'effroi,
« même l'excitation génésique, sont la cause occa-
« sionnelle d'accès de diarrhée ; cette diarrhée affai-
« blit les malades, mais pas autant qu'on le pourrait
« croire, étant donnée la longue durée de l'affection.
« Il faut certainement voir la cause de cette particu-
« larité dans ce fait qu'on est en face, non pas d'une
« altération de la muqueuse intestinale, mais d'une
« excitabilité réflexe de l'intestin poussée à son plus
« haut point. En outre, les mouvements péristalti-
« ques accrus, survenant brusquement d'une façon
« spasmodique, disparaissent de même, et n'expul-
« sent jamais tout le contenu de l'intestin, mais seu-
« lement une petite partie. De cette façon, plusieurs
« selles n'ayant pas un volume considérable, n'abat-
« tent pas aussi vite le malade qu'elles le feraient
« dans tout autre cas.

« Dans cette affection, la thérapeutique ne peut
« arrêter la diarrhée que pendant un temps très
« limité ; la diarrhée revient toujours, si bien que les
« malades viennent fréquemment à Carlsbad pour y
« être débarrassés d'une affection qui les importune
« depuis longtemps. Dès qu'on aura pu reconnaître
« la nature hystérique du catarrhe intestinal, on ne
« se fera pas trop illusion sur l'efficacité de la cure.
« Avant tout, on nourrira fortement son malade pour
« faire disparaître l'affaiblissement général, et en

« outre on lui permettra de boire, mais en petite
« quantité, les eaux les plus chaudes de Carlsbad. De
« cette façon, on fait disparaître au moins pour un
« temps la diarrhée et les malades se sentent sou-
« lagés. Peut-être, tôt ou tard, verront-ils survenir
« l'état directement opposé, c'est-à-dire la consti-
« pation la plus opiniâtre, qui, chez les hystériques,
« est un symptôme beaucoup plus fréquent et plus
« persistant; si bien qu'il m'est arrivé de voir des
« hystériques qui, la première année, venaient cher-
« cher à Carlsbad la guérison de leur diarrhée et
« revenaient plus tard pour de la constipation.

« Je ferai remarquer ici, incidemment, la possi-
« bilité d'essayer, peut-être avec succès, du traite-
« ment par le bromhydrate de quinine, qui, dans ces
« cas de diarrhée pourrait réunir comme dans ceux
« de vomissements hystériques. »

Comme on le voit par ce long passage, la diarrhée hystérique présente des caractères qui permettent de la différencier des diarrhées que nous avons déjà étudiées. Nous n'avons pas trouvé dans le tabes, dans la maladie de Graves, ces prodromes qui consistent en malaises, sensation de pesanteur du ventre, caractères un peu trop subjectifs peut-être, mais dont il faut se contenter pour se mettre sur la voie.

Je donne ici une observation, curieuse à des titres divers, mais où la nature purement hystérique de la diarrhée peut être discutée; on y verra en effet du rhumatisme, certains symptômes de la maladie de Parkinson. En admettant même que la paralysie

agitante y soit pour quelque chose, il n'y aura pas lieu, je pense, de s'étonner trop qu'il puisse exister de la diarrhée dans cette névrose dont la nature n'est pas si éloignée de celle de l'hystérie. M. Vincent (1), tout en y signalant la rareté des troubles intestinaux, y trouve du reste de nombreux troubles vaso-moteurs, comme dans l'hystérie.

OBSERVATION (inédite et résumée).

Due à l'obligeance de M. le professeur J. TEISSIER. — Prise par M. G. Zorhab. — Hospice du Perron.

Hystérie. Tremblement rythmé. Rhumatisme articulaire déformant.

C..., 62 ans, couturière. Pas d'antécédents héréditaires. Tempérament nerveux, constitution malade dès l'enfance. A l'âge de 3 ans, s'étant endormie sur la terre humide, l'enfant fut retrouvée contracturée des quatre membres; en même temps blépharospasme et trismus ayant duré plusieurs semaines. Depuis, raideurs et douleurs fréquentes dans les membres. Réglée à 11 ans, irrégulièrement; mariée à 24 ans, elle eut à l'époque d'une grossesse plusieurs crises convulsives, avec aura partant de la fosse iliaque gauche, sensation de globe (boule hystérique) remontant derrière le sternum et perte de connaissance.

Attaques de rhumatisme articulaire depuis vingt ans; ces attaques ont amené de la déformation des articulations phalangiennes, de la rétraction de l'aponévrose palmaire, et la flexion de la troisième phalange.

A la suite de violents chagrins (1875), tremblement marqué, plutôt nerveux que sénile, douleurs spontanées. La vue à gauche était déjà perdue complètement.

(1) VINCENT. Th. de Lyon, 1888.

En 1881, on ne constate pas d'hyperesthésie, ni paralysie, ni contracture; réflexes peut-être exagérés. Le tremblement est rythmé; ne s'exagère pas quand, dans un mouvement voulu, la main arrive au but.

Hémoptysies en 1887. Tumeur au sein, dure, sans fluctuation, avec tendance à l'ulcération et qui disparaît peu à peu. Purpura et œdème des membres inférieurs. Nouvelles crises d'hystérie.

Pas d'appétit. *Diarrhées très fréquentes* ayant duré plusieurs mois.

CHAPITRE V

La diarrhée chez les neurasthéniques.

Les troubles intestinaux de la neurasthénie ne sont pas rares, et la diarrhée y atteint parfois une grande intensité. Elle est quelquefois continue, mais procède le plus souvent par crises ; on se rendra compte de la multiplicité des formes que peut revêtir cette diarrhée en lisant les observations relatées par les auteurs spéciaux (1). On verra que tantôt elle ressemble absolument à la diarrhée tabétique (c'est le cas du malade dont l'observation figure à la fin de ce chapitre), que tantôt elle revêt exactement les caractères de la diarrhée hystérique, alternant avec des phases de consti-

(1) NOTHNAGEL. *Beitrag Zur physiol. und path. des Darmes*, 1884, obs. citées par A. MATHIEU, *loc. cit.*

BOUVERET. *Neurasthénie*, Paris, 1891, p. 181 et 202.

pation caractérisées par l'expulsion de concrétions muqueuses membraniformes. Cherchewsky (1) notamment insiste sur cette dernière forme et raconte longuement les transformations que subissent alors les selles, passant par tous les intermédiaires entre la dureté et la liquidité. Distinguant le nervosisme aigu du nervosisme chronique, Bouchut (2) signale aussi cette même forme exclusivement dans le nervosisme chronique et insiste sur l'amaigrissement, la débilitation qui surviennent lorsque les phénomènes se prolongent et amènent le malade à cet état de *marasme nerveux* dont parle R. Whytt (fausse dothiéntérie de Beau) (3).

On a beaucoup discuté l'existence de cette diarrhée neurasthénique; non seulement la question se pose de savoir si le système nerveux n'est pas atteint secondairement par un processus morbide antérieur des voies digestives comme le croit Leube (4), au lieu que ce soit la diarrhée qui représente l'expression de l'altération du système nerveux; mais encore il y a lieu de discuter le diagnostic de neurasthénie, qui, on le sait, n'est pas facile à faire avec l'hystérie par exemple. Sans aller jusqu'à faire de notre affection

(1) CHERCHEWSKY. « Contribution à la pathologie des névroses intestinales ». *Revue de médéc.*, 1883, p. 876.

(2) BOUCHUT. *Du névrosisme aigu et chronique et des maladies nerveuses*, 2^e édition, Paris, 1877, p. 243.

(3) BEAU. *Bullet. Acad. de méd.*, t. XXIV, 1858-59, p. 581. A propos du marasme nerveux, V. A. EWALD. « Neurasthenia dyspeptica ». *Berlin. Klin. Woch.*, 26 mai 1884. MOEBIUS. *Centralbl. für Nervenheilkunde*, 1884, n° 1.

(4) LEUBE. *Deutsche arch. f. klin. med.*, 1878, p. 98.

une névrose spéciale de l'intestin (1), on peut penser qu'il n'y a pas lieu de confondre dans les cas de diarrhée certains symptômes de la neurasthénie (par exemple, les douleurs à la compression des plexus aortiques, hypogastrique ou cœliaque) avec d'analogues dans l'hystérie (névralgies périphériques) (2). D'autre part, il existe des cas bien nets, où il est impossible de subordonner primitivement l'état nerveux à l'état gastrique ou intestinal; on conçoit du reste qu'après une certaine période on tombe dans un cercle vicieux, la névrose entretenant la dyspepsie et la dyspepsie entretenant la névrose.

C'est ce qui arrive pour ces crises diarrhéiques que G. Séé (3) signale à propos des émotions tristes, dans la dilatation atonique qui survient par suite d'un état de nervosisme général, crises qui sont par conséquent le résultat de la détermination locale d'un état constitutionnel de névrose *spasmodique*. C'était déjà l'avis de N. Guéneau de Mussy (4) qui attribuait certaines de ces diarrhées à une incitabilité exagérée du muscle intestinal, mise en jeu par le moindre mouvement; c'est aussi l'avis de Beard, de Glax, de Holst (5).

(1) CHERCHEWSKY. *Revue de méd.*, 1884, n° 3.

(2) V. BURKART. *Zur pathol. der Neurasthenia gastrica*, Bonn, 1882.
— EWALD. *Loc. cit.* — RICHTER. *Loc. cit.*

(3) G. SÉE et A. MATHIEU. « Dilatation atonique de l'estomac ». *Rev. de méd.*, 10 mai et 18 septembre 1884.

(4) N. GUÉNEAU DE MUSSY. *Cliniques*, I, 105 et II, p. 95.

(5) BEARD. *A. practical treatise on nervous exhaustion*, 1880, New-York. — GLAX. *Volkman's Sammlung*, n° 223. — HOLST. *Die Behandlung der Hystero-neurasthenie*, 1883, Stuttgart.

En résumé, la diarrhée d'essence neurasthénique existe; elle est due à un spasme de l'intestin, spasme qui parfois se généralise à tout le tube digestif (Axenfeld) (1). L'élément vaso-moteur joue peut-être un rôle, aussi bien ici que dans le goître, le tabes, la diarrhée nerveuse en général; car il n'est du reste pas rare de voir chez les neurasthéniques l'incitation du sympathique se traduire par des bouffées de chaleur, symptôme extrêmement fréquent, sur lequel on a peu insisté.

Le diagnostic est difficile dans la forme continue; notre observation personnelle en donnera la preuve. Dans la forme paroxystique, au contraire, on sera peu embarrassé; les observations se rapportent en général dans ce cas à des gens préoccupés, assumant une grande responsabilité, travaillant beaucoup du cerveau aux dépens de leurs forces physiques; les périodes de répit coïncident avec les périodes de repos et de calme psychiques; tous les malades éprouvent au moment des crises des douleurs aux genoux, de la faiblesse des membres. Voilà ce que nous montrent les observations de Cherchewsky, de Richter (2).

Le traitement est souvent inefficace, surtout dans la forme continue, où les fatigues intellectuelles semblent jouer un moindre rôle. Dans la forme paroxystique, les distractions, le repos psychique, les voyages, accompagnés de douches, d'électrisation si possible, ont donné avec le massage, la gymnastique, des résul-

(1) AXENFELD. *Traité des névroses*, 2^e édit., Paris, 1883, p. 887.

(2) CHERCHEWSKY. *Loc. cit.* — RICHTER. *Ueber nervose Dyspepsie und nervose Enteropathie.*

tats heureux. Moins souvent les sédatifs du système nerveux ont amené une amélioration aussi durable.

Dans la neurasthénie traumatique et l'hystéro-neurasthénie, on observe des phénomènes identiques (Vibert) (1).

OBSERVATION (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le médecin-major MANQUAT.

Neurasthénie. Diarrhée permanente consécutive.

C..., 22 ans, employé dans une administration de chemins de fer, habitant Lyon.

Sa grand'mère est probablement morte d'un cancer de l'utérus; sa mère a une maladie de cœur. Père bien portant.

Rougeole et scarlatine dans l'enfance. Influenza en 1889-90. Pas de maladies vénériennes, pas d'alcoolisme. N'a jamais eu de dysenterie, de fièvre intermittente, n'a jamais été aux colonies. Pas de grands chagrins ni de grands soucis.

Le malade fait remonter l'origine de sa maladie actuelle au mois de février 1891, et l'attribue à un refroidissement progressif et prolongé, subi en stationnant longtemps dans une église. Depuis ce temps, il est atteint d'une *diarrhée persistante, sans aucune période de rémission*. Il avait au début des digestions pénibles, du ballonnement du ventre, de la somnolence après les repas; dès les premiers jours, les selles assez nombreuses (5 à 6 en 24 heures) étaient très irrégulières et se montraient, indépendamment des heures du repas, en dehors de toute influence extérieure: froid, fatigue ou excès de table. Ces selles, peu abondantes, étaient liquides, jaunâtres, elles ne furent jamais

(1) VIBERT. « Un rapport médico-légal : cachexie consécutive à une blessure ». *Précis de medec. légale*, Paris, 1890. — GUILLEMAUD. *Accidents de chemins de fer*, th. de Lyon, 1891.

striées de sang, sauf vers le mois d'août, où l'on s'aperçut de la présence d'hémorroïdes externes. Elles ne s'accompagnaient pas de coliques (le malade signale cependant quelques douleurs passagères dans les jours qui suivirent l'ingestion de bouchon calciné, sur les conseils d'un empirique). Les bescins de défécation étaient brusques, irrésistibles ; la défécation, rapide, ressemblait à une débâcle, était suivie de ténésme rectal, d'abattement, de faiblesse des jambes, malgré la petite quantité de matières expulsées chaque fois. Les selles n'avaient lieu que le jour jusqu'au mois d'août ; à partir de ce moment, les besoins de défécation tourmentèrent le malade, même la nuit. L'état général n'était pas très altéré ; le malade ne perdit que trois kilogr. pendant la première période de six mois ; cependant, la multiplicité des remèdes successivement employés ne faisait qu'attester la ténacité du mal (bismuth, opiacés, ratanhia, lait), si bien que vers le milieu de septembre, C..., fatigué, abattu, la tête lourde, est obligé d'interrompre son travail.

Sur le point d'être incorporé au régiment, il est envoyé en observation à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, dans le service de M. le médecin major Manquat (15 nov. 1891).

ÉTAT ACTUEL. — L'état général est relativement satisfaisant, l'anémie peu prononcée.

Appareil digestif. — L'appétit est conservé, mais nullement exagéré ; la langue bonne, le ventre souple et indolent sauf dans le flanc droit où l'on constate à la pression seulement un point bien limité douloureux, mais qui ne correspond à aucune modification pathologique sensible de la région ; pas d'induration, pas de ganglions.

La digestion est lente, quelquefois difficile et incomplète ; on trouve alors dans les selles des parcelles alimentaires non digérées.

La diarrhée persiste avec les mêmes caractères d'irrégularité, de fréquence ; une selle moins liquide et plus foncée que les autres suit en général le repas ; le froid semble aussi influencer un peu sur leur apparition. Elles sont sereuses, peu abondantes, *très brusques*.

Il n'y a jamais la moindre alternative de constipation ; la

soif est constante, mais le malade se modère et boit peu.

Le toucher rectal ne révèle aucune anomalie.

Examinées au microscope, les selles ne présentent que de nombreuses granulations, des fibres musculaires et élastiques, des globules graisseux, des cellules végétales, quelques cristaux, mais *aucun parasite*. Pas de traces de desquamation épithéliale.

Système nerveux. — Le malade est pusillanime, parfois irritable (de son propre aveu), sujet aux syncopes; ses facultés cérébrales sont moyennement développées; distrait souvent, au dire de son entourage, il s'est quelquefois fait reprocher un affaiblissement de la mémoire.

La motilité ne présente pas d'altérations graves. Le malade se fatigue facilement; force musculaire peu développée, notablement plus faible à gauche. Pas le moindre signe d'incoordination; la recherche des membres donne toujours des résultats exacts; la marche au commandement a lieu normalement; le signe de Romberg n'existe pas.

Réflexes rotuliens exagérés, de même que le réflexe plantaire: le réflexe du poignet est quelquefois exagéré, mais difficile à obtenir; le réflexe crémastérien, le réflexe abdominal sont normaux.

La trépidation épileptoïde a été obtenue deux fois, au pied droit seulement, après de nombreuses tentatives.

Hyperesthésie prononcée à la face antérieure des deux avant-bras, à la partie antérieure du thorax, aux cuisses, surtout aux genoux.

La sensibilité au contact, au froid et à la chaleur est conservée. Pas d'anesthésie plantaire

Ni névralgies, ni rachialgie, etc. Pas de zone hystérogène. Quelquefois céphalée; sommeil léger.

Le goût, l'odorat, l'ouïe sont normaux.

La vue a manifestement subi des modifications; le malade, devenu depuis sa maladie myope à quatre dioptries, porte des verres sur l'indication du médecin de la Compagnie. Pas de daltonisme.

Le champ visuel, examiné au point de vue du blanc, du rouge, du bleu, est irrégulier, à angles rentrants, et généralement rétréci sur tous les axes.

L'œil est sensible à la pression; la cornée hyperesthésiée ne supporte pas la chaleur d'une bougie approchée à 10 centimètres. Les deux pupilles sont égales, se dilatent bien à la lumière et à l'accommodation. Pas de trémulation de l'iris; pas de nystagmus. L'examen ophtalmoscopique ne révèle pas d'altération du fond de l'œil.

Appareil pulmonaire. — Rien à l'auscultation, ni à la percussion; les sommets sont spécialement examinés.

Cœur. — La matité précordiale existe dans son étendue habituelle; la pointe du cœur n'est pas déviée; les bruits normaux, peut-être un peu sourds. Les battements fréquents: 90 à 100. Les palpitations surviennent facilement.

Foie. — Diminué de volume; la matité commence en haut à cinq travers de doigt au-dessus des fausses côtes; le foie se sent à peine sous le rebord des fausses côtes. Il n'est pas douloureux à la pression. Pas d'ictère.

Urines claires; jamais de sucre, jamais d'albumine; ni polyurie, ni pollakiurie.

La revision soigneuse de tous les symptômes énoncés, l'examen chaque jour renouvelé du malade, permettent d'éliminer rigoureusement la tuberculose, la dyspepsie, le cancer, l'helminthiasis, le tabes, le goître, l'hystérie.

Le traitement confirme cette idée qu'il s'agit d'un neurasthénique. Tout échoue; bicarbonate de soude, acide chlorhydrique, bismuth, naphthol, ipéca en lavements, ratanhia, santoline, atropine, laudanum, noix vomique, valériane, électrisation continue.

Après un séjour de 44 jours, le malade sort de l'hôpital peu amélioré, mais sans perte de poids.

Revu un mois plus tard, il est dans le même état, ne peut reprendre ses occupations et a cessé tout traitement.

CHAPITRE VI

La diarrhée chez les fous.

En dehors des affections communes à toutes les agglomérations d'hommes sains ou malades (casernes, hôpitaux), il existe pour les asiles d'aliénés une pathologie sui generis, grâce à la nature spéciale des habitants, et qui a décrit depuis longtemps la *diarrhée chronique*, fléau ordinaire de ces établissements.

Cette diarrhée chronique prélève un tribut annuel fort élevé sur les malheureux, tribut que ne pouvaient diminuer, malgré leurs efforts, ni Esquirol, ni Broussais, Ferrus, Parchappe (1) Elle a une marche lente,

(1) *Dict. encycl. sc. méd.*, « Article diarrhée ».

c'est un fait presque constant; mais, arrivée à une certaine période, elle défie tout traitement; elle résiste à tous les antiphlogistiques, à tous les astringents; elle éprouve dans sa marche des fluctuations et des rémissions peu explicables; elle n'est ni épidémique ni contagieuse, et cependant atteint à la fois un grand nombre de déments, d'idiots, de mélancoliques.

Cette excrétion intestinale immodérée est-elle réellement due à l'état nerveux? Il est évident que dans un certain nombre de cas, on peut admettre une fluxion irritative un peu prolongée, due aux matières indigestes qu'ingurgitent si souvent les aliénés; mais dans ce cas une surveillance étroite ferait cesser tout accident. On peut croire encore à une fluxion rhumatismale, chose assez fréquente, en raison des imprudences nombreuses auxquelles les fous s'exposent.

Mais en face de la persistance, de la chronicité bien établie de la diarrhée, en considération du terme fatal qui est toujours la mort dans le marasme, on ne peut s'empêcher de faire intervenir dans la suite une manifestation de l'état nerveux, une atonie par défaut d'innervation, qui a sa source dans la dépression physique et morale. Qu'y a-t-il, en effet, d'impossible à ce que la muqueuse plus ou moins anesthésiée, privée d'influx nerveux (1), laisse passer le chyle, les aliments quelquefois, plus ou moins complètement éla-

(1) N. GUÉNEAU DE MUSSY (*Cliniques de l'Hôtel-Dieu*) signale ces diarrhées par affaiblissement de l'innervation de l'intestin.

borés? Médicaments ou aliments du reste sont aussi peu absorbés l'un que l'autre, et le manque d'absorption causant un affaiblissement graduel, cet affaiblissement amène à son tour l'alanguissement des fonctions nerveuses qui président à l'absorption : cercle vicieux d'où il est difficile de sortir.

Cela est si vrai, que le grand moyen de traitement de cette affection consiste à relever le plus possible les forces des malades (1). En face d'un malade épuisé par un dévoiement invétéré et incoercible, on donnera des aliments très substantiels sous un petit volume, des lavements amylacés. Une fois l'appetit un peu revenu, on prescrira de la poudre de viande, des vianches, en dépit de l'adage ancien : *carnium usus auget diarrhæas, cave igitur ab iis quantum poteris*.

Ce traitement, suivi avec persévérance, a amené des guérisons en deux mois; malheureusement, le fou est fou par essence, et revient à ses excès antérieurs dès qu'on lui fait cesser ce régime.

(1) BERTHIER, médecin-chef de l'asile d'aliénés de Bourg. *Gaz. des hôp.*, 1862.

CONCLUSIONS

A côté des diarrhées nerveuses survenant à la suite d'émotions vives, de traumatismes chirurgicaux graves, de brûlures étendues de la peau, des fluxions sudorales de la ménopause, etc., et se présentant sous forme de symptôme aigu, il existe des diarrhées nerveuses qui offrent un caractère assez accentué de chronicité.

Ces flux intestinaux s'observent dans quelques affections cérébro-spinales, surtout l'ataxie locomotrice progressive, dans la maladie de Graves, dans la neurasthénie, dans l'hystérie, dans l'aliénation mentale.

Cette *diarrhée névropathique réflexe* a des caractères spéciaux qui ne permettent pas de la confondre avec les autres sortes de diarrhée (catarrhale, mécanique ou dyscrasique), même dans les formes frustes, ou dès le début des maladies sus-énoncées.

Dans ces derniers cas, la nature de la diarrhée nerveuse est souvent difficile à établir, cette diarrhée ne présentant pas de caractères différentiels pour chaque maladie. Dans les cas confirmés, le diagnostic se fait par celui de la maladie nerveuse.

Dans le *tabes* en particulier, il y a un intérêt pratique majeur à utiliser la diarrhée comme symptôme prémonitoire de la maladie, alors que celle-ci est acces-

sible aux remèdes, à une étape la plus voisine de son début. Le tabes peut en effet rester longtemps latent et ignoré, ne se traduisant que par des troubles obscurs ; la diarrhée, entre autres, symptôme banal et vulgaire au premier abord, court le risque d'être considérée par le médecin aussi bien que par le malade comme un accident sans signification.

Dans le goître exophtalmique, la diarrhée précède rarement les symptômes classiques ; d'où facilité plus grande du diagnostic.

La *diarrhée névropathique réflexe* a pour caractère d'être presque toujours paroxystique, alternant alors quelquefois avec la constipation ; mais elle peut parfois affecter la forme continue. Dans ses deux formes elle est tenace, peu douloureuse en général, et guérit souvent seule, très brusquement.

L'absence d'analyses ne permet pas de différencier d'une façon assez précise les diverses sortes de diarrhées névropathiques (différentes cependant au point de vue de la composition des selles), ni par conséquent d'évaluer la part due aux troubles moteurs, aux troubles vaso-moteurs et aux troubles sécrétoires. Il est à regretter qu'il n'entre pas dans la pratique courante de faire, comme pour les urines, des recherches qui puissent être utiles à la connaissance exacte des symptômes observés,

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. TESSIER.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
CHARLES.

